



**Hakemus perhehoidon erikseen korvattavista kustannuksista**

(hakemukseen liitettävä maksetut kuitit sekä alkuperäiset tositteet)

Perhehoitaja \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Tilinumero \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

**Terveydenhoitotoimet** (erikseen korvataan: kohtuulliset kustannukset silmälasista, piilolinssit, hammashoito ja sairaalahoito sekä pitkäaikaissairauksiin liittyvät terveyskeskumaksut, poliklinikkamaksut ja lääkärin määräämät reseptilääkkeet, Kelan omavastuukorvaus)

Pvm	Lapsen nimi ja henkilötunnus	€	Sairaus, johon kustannus liittyy

**Muut erityiset menot** Erityisten menojen laskuttamisesta sovittava etukäteen

Pvm	Lapsen nimi ja henkilötunnus	€	Mikä kustannus	Kenen kanssa sovittu



Paikka \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Sosiaalihuolto täyttää

Asiakasnumero \_\_\_\_\_

Sosiaalityöntekijän allekirjoitus \_\_\_\_\_

Kustannuspaikka \_\_\_\_\_

Tili \_\_\_\_\_

Tarkastettu \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ (kanslisti)

Hyväksytty \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ (yksikönjohtaja)